

CINQ CAS D'URTICAIRE

DE L'EMOTION AU SYMPTOME : APPROCHE
PSYCHOSOMATIQUE D'UNE MALADIE DE LA PEAU

THESE

PRESENTÉE A LA FACULTE DE MEDECINE
DE L'UNIVERSITE DE GENEVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR

Michèle TORNAY

de

ORSIERES (VS)

THESE No 3637

GENEVE

Editions H. Riedweg

1977

" CINQ CAS D'URTICAIRE

DE L'EMOTION AU SYMPTÔME : APPROCHE

PSYCHOSOMATIQUE D'UNE MALADIE DE LA PEAU ".

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur

André Haynal

autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

GENÈVE, le 14 novembre 1977

Le doyen :

Thèse N°

3637

Marcel Jenny



Digitized by the Internet Archive
in 2026



L'intégrité de notre propre corps, Freud l'a montré, est une de nos préoccupations essentielles.

P. Schilder, *L'Image du corps*

Attention, ne confondons pas. Est-ce que ça vous chatouille, ou est-ce que ça vous gratouille ?

J. Romain, *Knock*

INTRODUCTION

URTICAIRE

Définition : Eruption cutanée prurigineuse, constituée par des papules oedémateuses ressemblant à des piqûres d'orties, d'étiologie habituellement allergique (...). L'évolution des symptômes est capricieuse : l'éruption peut régresser définitivement en quelques heures ou récidiver plusieurs fois. (V. Fattorusso, O. Ritter : Vademecum clinique du médecin praticien. Ed. Masson et Cie, 1967).

L'urticaire — maladie de la peau — est une manifestation psychosomatique en des lieux du corps qui portent la marque du plaisir et/ou de la douleur : lieux d'expression des émotions, lieux de contact, lieux des échanges avec autrui, lieux d'une altération visible de l'intégrité corporelle.

Il existe un lien entre le symptôme cutané et un stimulus interne, dans notre propos, une excitation psychique (conflit intrapsychique — inconscient — traduisant une menace dans le maintien de l'intégrité du sujet). Ce lien permet de saisir le rôle que peut jouer le symptôme dans l'économie de la personne. L'économie étant entendue comme l'ensemble des "investissements affectifs (du sujet) dans leur mobilité, les variations de leur intensité, les oppositions qui s'établissent entre eux, etc."

(J. Laplanche et J.B. Pontalis, Vocabulaire de la Psychanalyse). L'économie (libidinale) est faite des mouvements d'affects qui s'opèrent "à l'intérieur de l'appareil psychique, le plus souvent dans une méconnaissance qui interdit au sujet de percevoir la satisfaction sexuelle dans la souffrance du symptôme". (op. cit.)

Le but de ce travail est d'exposer quelques liens entre le symptôme cutané et une excitation psychique donnée, tels que nous les avons rencontrés dans notre pratique.

* *
*

Un autre aspect de la question est celui de la relation entre le symptôme cutané et l'état d'âme. On a vu que le symptôme cutané est souvent le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique. On a vu que le symptôme cutané est souvent le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique.

Il est donc évident que le symptôme cutané est le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique. On a vu que le symptôme cutané est souvent le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique.

Il est donc évident que le symptôme cutané est le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique. On a vu que le symptôme cutané est souvent le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique.

Il est donc évident que le symptôme cutané est le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique. On a vu que le symptôme cutané est souvent le résultat d'une excitation psychique. Mais il y a aussi des cas où le symptôme cutané est le résultat d'une affection organique. Dans ces cas, le symptôme cutané est le résultat d'une lésion organique.

DIFFERENTES THEORIES PSYCHANALYTIQUES DU SYMPTOME SOMATIQUE

Différents auteurs nous ont donné des études psychanalytiques du symptôme somatique; nous évoquerons certains travaux de Max SCHUR, Pierre MARTY, George L. ENGEL et Georg GRODDECK.

MAX SCHUR :

METAPSYCHOLOGIE DE LA SOMATISATION

A propos de la "resomatisation" comme réaction d'anxiété, Max Schur décrit la maturation psychomotrice comme suit (1) : "Chez le petit enfant, les signes précurseurs de la réaction d'anxiété révèlent, entre autres, les traits caractéristiques suivants : une tendance à des phénomènes de décharge diffuse et un manque de coordination dans la réponse motrice. (...) De cet état indifférencié, la maturation se poursuit dans plusieurs directions. L'une d'elles, par exemple, est le développement de la fonction musculaire coordonnée. Une autre est la maturation de l'appareil mental. Il y a développement parallèle et interdépendance mutuelle entre la maturation du système nerveux central et celle de l'appareil locomoteur, entre la stabilisation des processus d'homéostasie et l'émergence des processus secondaires de pensée en tant que part essentielle de la formation du moi. Tout ceci aboutit à une "désomatisation" croissante des réactions à certaines excitations. Le développement tend vers une utilisation maximale de l'intégration de l'automatisation de l'action musculaire, vers un rempla-

(1) C'est nous qui traduisons (cf. note 1)

cement de l'action par la pensée et vers une réduction des phénomènes de décharge végétative." (2)

Max Schur établit une "interdépendance" entre une "désomatisation" des réponses et la capacité qu'a le moi d'utiliser les processus secondaires de pensée. A cette capacité du moi s'oppose la "resomatisation" des réponses liées à la prévalence des processus primaires de pensée. De même une "réaction normale" s'oppose à une "réaction névrotique" devant une situation de danger : "Le moi répond d'abord par une estimation rapide de la situation et par la mobilisation optimale de toutes ses ressources. Dans une situation de ce genre, le moi fait l'expérience d'une coloration différente d'angoisse que l'on qualifie de peur, et dans ce cas nous supposons qu'il utilise de l'énergie non neutralisée — probablement avant tout de l'énergie agressive. Nous pourrions donc constater des phénomènes de décharge somatique. Si, par contre, la situation devient traumatique, l'expérience du moi peut atteindre l'état de panique avec une abondance de phénomènes somatiques allant jusqu'à l'état de choc. Le moi réagira alors exclusivement avec de l'énergie non neutralisée. Il peut être intéressant de relever que dans cet état de panique, le moi peut aussi réagir avec de la libido non neutralisée, et des phénomènes de décharge tels que l'orgasme peuvent se produire.

"La fonction peut dévier d'une réponse normale vers une réponse névrotique par une estimation régressive du danger et par des réactions régressives. Les exigences de l'instinct peuvent devenir un danger, comme une situation de danger potentiel peut aussi être considérée comme un danger actuel ou même comme une situation traumatique. La réaction à de telles situations peut donner lieu à une régression allant très loin. Prenons pour exemple le petit enfant affamé à qui le sein fait défaut : Nous pouvons dire que, dans la hiérarchie des situations, l'absence de la mère menace l'enfant de faim et ainsi représente le danger d'un danger, que nous appellerons un danger potentiel, alors que la faim réelle est la menace d'une situation traumatique. Il en va de même pour l'estimation névrotique du danger. Dans ces situations, nous pou-

vons également voir la ré-émergence de types infantiles de décharge globale. Le long et douloureux chemin de la maturation peut être inversé en un instant, le moi perd la capacité d'utiliser les processus secondaires de pensée. Il utilise de l'énergie non neutralisée et la désomatisation échoue. Nous pouvons appeler ce type de régression, la régression physiologique." (op. cit.)

La présence d'un symptôme somatique signerait donc l'absence de la "faculté de neutralisation" qui peut être considérée comme un facteur important dans l'évitement des réponses pouvant non seulement mettre en danger les fonctions autonomes du moi mais aussi nuire au moi tout entier. Nous supposons que, par analogie aux autres fonctions du moi, la fonction de neutralisation doit avoir ses précurseurs dans la phase indifférenciée "psychosomatique" (1) du développement."

PIERRE MARTY :

ECONOMIE DE L'ALLERGIE

Pierre Marty s'est attaché à mettre en évidence la relation d'objet particulière des sujets présentant des symptômes allergiques. "Nous allons voir que la grande originalité de la relation d'objet allergique, par rapport aux types de relations d'objet que nous avons l'habitude de rencontrer, consiste en une tentative permanente du sujet à se rapprocher de l'objet. Un hystérique maintient sa relation à l'objet à distance par le mécanisme essentiel de l'évitement. Un obsédé maintient sa relation à l'objet à distance en neutralisant cette relation à travers les mécanismes que nous connaissons. Un allergique n'a qu'un désir, unique et capital : se rapprocher le plus possible de l'objet jusqu'à se confondre avec lui." (2)

(1) Italiques de M. Schur.

Cette relation d'objet spécifique serait le résultat d'une fixation libidinale spécifique, la fixation allergique : "La fixation allergique possède, entre autres, la particularité de déterminer précocément l'individu à ne pas reconnaître l'existence de l'autre en tant que tel. Une énorme quantité de libido semble s'attacher à ce système de fixation très primaire si bien qu'il constitue en quelque sorte l'habitus comme un sujet. De ce fait, on observera cliniquement deux types de régression chez les allergiques fixés :

- L'un classique, de grande ampleur mais de faible puissance, en raison de l'insuffisance de la libido libre après la fixation, qui ramène rapidement les sujets aux alentours du système de fixation allergique, système que nous reconnaissons dans la relation d'objet caractéristique après l'échec oedipien.

- L'autre, s'exerçant à proximité du noyau de la fixation, habitus commun du sujet, qui s'effectue sur un petit trajet néanmoins suffisant à faire apparaître la symptomatologie somatique." (3)

Le niveau de la fixation allergique (niveau psychosomatique, c'est-à-dire un niveau plus archaïque encore que celui des fixations névrotiques) ainsi que la quantité variable de libido investie dans cette fixation permettrait de rendre compte des différentes formes cliniques des symptômes allergiques. En effet : "On conçoit, dans ces conditions, l'existence de toutes les formes cliniques de l'allergie régressive allant des formules les plus globales et les plus caractéristiques (avec R.O. allergique) jusqu'aux formules les plus limitées et les plus fugaces.

"On conçoit également les possibilités de mixage de l'allergie avec toutes les formes de névrose de caractère. Dans ces conditions l'allergie constitue un noyau que l'on est quelquefois étonné de rencontrer, noyau plus ou moins important, qui, à la manière des perversions, révèle une symptomatologie spécifique de l'allergie mais seulement localisée à certains secteurs du fonctionnement de l'individu."

Les symptômes allergiques seraient donc spécifiques d'une relation d'objet caractéristique relevant d'un niveau de fixation vu comme archaïque – psychosomatique – dit allergique.

GEORG L. ENGEL :

THEORIE PSYCHANALYTIQUE DU DESORDRE SOMATIQUE

Georg Engel s'est, entre autres, intéressé au rôle des facteurs psychologiques dans la genèse de la maladie somatique. Il pense que certaines lésions somatiques (touchant en particulier la peau et les muqueuses) peuvent être considérées comme une complication de la réaction corporelle à la conversion. Il définit le phénomène de la conversion, ainsi que son mode de développement de la façon suivante (1) :

“(…) Les parties ou systèmes du corps mis en cause dans les conversions ne sont pas choisis en fonction de la nature volontaire ou involontaire de leur innervation (2), mais en fonction de leur capacité à parvenir à une représentation mentale — un processus qui met en jeu les innervations et les perceptions par le biais des récepteurs périphériques — ainsi qu'en fonction de l'imagination. Pour nous, les activités qui impliquent une relation d'objet sont très importantes. En effet, si la relation d'objet met en jeu une partie du corps dans la décharge somatique, le mode d'expression ou encore la communication, des processus physiologiques concomitants aussi bien que physiopathologiques peuvent également acquérir une représentation mentale. Ils sont ainsi non seulement susceptibles d'être réactivés par des stimuli symboliques mais aussi de participer à l'expression symbolique primaire.

“(…) C'est ainsi qu'un processus physiologique primairement soumis à un contrôle autonome devient disponible pour la conversion.” (4)

(1) C'est nous qui traduisons de (note 4) : ENGEL et SCHMALE, *Psychoanalytic Theory of somatic Disorder*, etc.

(2) F. Alexander avait émis l'hypothèse que le mécanisme de conversion était limité aux systèmes perceptifs neuromusculaires volontaires et sensoriels uniquement. Il a par la suite cité de nombreux exemples d'exceptions à cette règle (par exemple, les vomissements).

Notre auteur poursuit en développant le mécanisme de la formation d'une lésion en prenant la peau comme exemple : "Il devient également possible de comprendre comment des lésions tissulaires locales peuvent, dans certains cas, se développer sous forme de complications de conversions mettant en jeu de tels systèmes. Les conversions touchant la peau fournissent peut-être les exemples les plus intéressants. La fonction de la peau comme organe d'expression et de communication, et comme lieu du plaisir et de la douleur est bien connue. Les activités physiologiques en jeu englobent les paramètres suivants : sensation, sécrétion glandulaire, activité vasomotrice et érection des poils dans différentes combinaisons. Lorsque la peau est soumise à une blessure physique, elle réagit par une réponse caractéristique de douleur (ou de démangeaison) et d'inflammation. Dans cette réaction sont en cause non seulement l'effet direct du facteur nocif sur la peau, mais aussi un système de feed-back qui tend à augmenter et à prolonger la réponse inflammatoire au-delà de la durée du contact avec l'agent nocif. Ce feed-back est réalisé par l'intermédiaire d'une activité antidromique le long des fibres afférentes qui ont transmis les stimuli nociceptifs. Il s'ensuit la formation, au niveau des terminaisons nerveuses cutanées, de substances chimiques (neurokinine, substance P) qui ont la propriété de faciliter une réponse inflammatoire locale, d'abaisser le seuil à la douleur, ainsi que d'influencer les phénomènes de coagulation. Il est très important pour notre thèse de relever que le même système de feed-back peut être activé également par une suggestion sous hypnose de la blessure. Ceci montre qu'il s'agirait du même processus dans le cas de la conversion qui mettrait en jeu un fantasme de blessure à la surface du corps. Une telle activité neurosécrétoire antidromique, à l'endroit même du corps qui est investi par le fantasme, pourrait parfaitement expliquer la présence localisée d'une hyperesthésie, d'un érythème ou même d'un oedème localisés que l'on rencontre parfois au siège de la douleur résultant de la conversion. De même, si une interaction devait survenir entre une telle activité et d'autres

mécanismes pathogéniques préexistants tels que ceux impliqués dans l'immunité, l'allergie ou l'hémostase, elle pourrait également expliquer la présence de lésions localisées dans la peau, telles que la dermatite allergique ou exsudative, l'urticaire, le purpura (stigmates) et d'autres lésions dont la localisation est déterminée symboliquement de façon évidente." (op. cit.)

Retenons surtout qu'Engel souligne la multiplicité des facteurs qui peuvent être mis en cause dans la genèse d'une lésion, et plus particulièrement l'importance de la complaisance somatique, qui implique que "de nombreux facteurs, tels qu'une blessure ou qu'une maladie somatique antérieures, peuvent permettre la mise en jeu d'un lieu particulier du corps dans une conversion future, avec la réactivation de certains processus impliqués à l'origine dans la maladie ou le traumatisme primaire." (op. cit.)

GEORG GRODDECK :

LE SYMPTÔME ORGANIQUE, LANGAGE DU ÇA.

Pour Groddeck, le symptôme organique, tout comme son absence, est une production du ça :

"L'ics ne parle pas seulement dans le rêve, il parle dans l'attitude, le tressaillement du front, le battement du coeur; il parle également dans le léger avertissement de la diathèse urique, de l'excitabilité du sympathique, de la disposition à la phtisie; il parle enfin par la voix pressante de la maladie." (5)

Voici un exemple de symptôme : l'herpès, maladie de la peau : "Je voudrais vous raconter maintenant un second exemple encore, qui est significatif parce qu'il se manifestait à la vue. Il s'agissait d'un petit herpès sur la lèvre d'une dame que je connais déjà depuis longtemps. Je lui dis un jour : elle a des lèvres trop fines, ça indiquait, entre autre, de la cruauté. Le lendemain matin,

elle se réveilla avec une lèvre épaisse, sur laquelle s'était constitué un petit herpès qui la gênait. Il gonfla jusqu'à ce que je vienne la voir vers 11 heures, et que je parle avec elle. Ce ne fut pas difficile de découvrir à quoi ça tenait, et une heure après, la pustule avait disparu. Pour quelqu'un qui opère avec de grandes choses, qui souhaite voir des manifestations formidables, ces exemples ne seront pas impressionnants. Mais il faut songer que, pour que se constitue une telle pustule herpétique, il faut que se produise une forte modification dans les tissus cellulaires, et qu'interviennent une série de troubles circulatoires qui ont une influence sur les fibres nerveuses et qui sont aptes à manifester des chemine-
ments de pensée inconscients et à les transposer en manifestations corporelles. Pour un médecin, qui ne considère pas ce genre de choses simplement comme un hasard, il faut que la constitution d'une pustule herpétique par influence psychique soit exactement aussi probante pour ce fait que si le malade attrape par une influence psychique une pneumonie ou un cancer. Dans l'essence de la chose, il n'y a pas de différence. Le processus est exactement aussi compliqué dans la constitution d'une pustule herpétique que dans un cancer. Pour un médecin, il ne peut subsister de différence entre l'apparition de l'un et de l'autre. C'est uniquement la question : s'en laisse-t-il convaincre ou pas. Ce n'est pas impensable que les gens, les médecins aussi, rejettent ce cheminement de pensée et disent : c'est un hasard et ça n'a rien à voir ensemble. S'ils jugent ainsi, ça tient à la pensée matérialiste de notre époque; ils se persuadent : l'être humain est comme une machine, il peut uniquement être mis en mouvement par des forces venant du dehors, et il ne peut être endommagé que par elles. Ils travaillent constamment avec le hasard, comme s'il ne fallait pas que le hasard soit éliminé depuis longtemps de la pensée de l'être humain. La majorité des médecins et des profanes admettront un rapport avec la psyché tout au plus pour la pustule herpétique, mais pour le cancer, ils renâcleront et ils diront : il faut que ça se soit constitué par une blessure, un frottement ou une infection. Se placer d'emblée du point de vue que l'effet de l'in-

conscient n'intervient absolument pas pour le cancer est d'autant plus curieux que nous savons tous que des représentations douloureuses suscitent des sécrétions de larmes : les cellules du sac lacrymal sont si irritées qu'elle excrètent plus de liquide que d'ordinaire. Pourquoi le terrain cellulaire de la lèvre ne serait-il pas tout aussi irritable par les affects de l'âme, au point qu'il se constitue une autre sécrétion, une pustule. Puisqu'on sait que les soucis provoquent des rides, il devrait quand même être possible de démontrer que, pour des raisons semblables, se constitue une prolifération de cellules qui conduit finalement au cancer ou à la pneumonie." (6)

Le ça détermine aussi bien la vie saine que la vie malade. Dans ce contexte, la maladie organique n'est pas considérée comme la perte d'une capacité d'expression psychique — de secondarisation — mais comme un moyen d'expression de l'homme — un langage — remplissant une fonction que la psychanalyse est en mesure de décrypter : "Pour constituer un symptôme, le ça utilise largement les symboles. La recherche en ce domaine est précieuse parce que le ça utilise les symboles par l'intermédiaire de la psyché, du conscient et de l'inconscient (ou refoulé). La constitution des symptômes par la voie des symboles est donc directement accessible à la psychanalyse, ce qui n'est pas le cas de toutes les sortes de travail du symptôme." (7)

Groddeck souligne l'analogie entre le rêve et le symptôme organique comme production du ça : " Dans cette perspective, selon laquelle le ça, à l'aide de complexes psychiques, déforme les faits organiques, latents, en symptômes manifestes, ou constitue directement de tels symptômes à partir de matériel purement psychique, les processus de la condensation et du déplacement se chargent thérapeutiquement d'une importance particulière. Si l'on parvient à prendre comme objet de l'activité analytique les condensations parfois inouïes du matériel psychique, les déplacements, les renversements, les clivages, les allusions, les représentations figurées et plastiques, les fixations et les régressions, les répétitions d'expériences infantiles, les symbolisa-

tions, etc., etc., il apparaîtra que les symptômes organiques se développent d'une façon analogue au travail du rêve et de la névrose, qu'il n'y a donc pas de différence de principe entre fait psychique et organique et que, de même que le rêve est imprégné de matériel organique — ce qui, à ma connaissance, n'a jamais encore été contesté —, de même le symptôme organique est imprégné de matériel psychique qui le détermine, et qu'en d'autres termes, la seule différence — difficilement explicable il est vrai, ou même inexplicable — réside en ce que le ça se manifeste une fois davantage sur le terrain psychique, une autre davantage sur le terrain organique. (...) Nous sommes là devant un mystère provisoirement non résolu." (op. cit.)

Le mystère n'est toujours pas résolu. André HAYNAL, dans la présentation de son Rapport au Trente-sixième Congrès des psychanalystes de langues romanes (8), évoque ce thème, "un sujet avec lequel l'expérience analytique nous confronte souvent, mais qui débouche sur une énigme : celui des liens entre dépression et maladie somatique".

* *

*

CLINIQUE

HYSTERIQUE

HISTOIRE

A.B. a été admise dans le service de Dermatologie de l'Hôpital cantonal afin de rechercher les causes d'une urticaire chronique qu'elle présente depuis l'âge de quatorze ans.

Il s'agit d'une jeune femme de trente ans, charmante, au corps frêle, à l'expression un peu triste. Elle raconte avec spontanéité et innocence l'histoire de sa vie. Aînée de trois enfants, elle a grandi auprès d'une mère déprimée qu'elle a dû remplacer auprès de son frère et de sa soeur, ainsi que dans les tâches domestiques; dès l'âge de dix ans, elle a assuré la préparation des repas pour toute la famille. Son adolescence a, dit-elle, été contrariée. Sa première crise d'urticaire est apparue à l'âge de quatorze ans. Alors qu'elle était en classe, sa lèvre supérieure s'est mise à enfler "comme si elle avait été piquée par un insecte". Elle rentra chez elle, l'enflure disparut rapidement, mais le lendemain une paupière s'est mise à enfler à son tour. Elle a par la suite présenté des crises d'urticaire de fréquence et de localisation variables, durant de quelques minutes à deux jours, pour lesquelles elle a reçu des médicaments antiallergiques et de la cortisone jusqu'à l'âge de vingt ans. A propos du caractère inexplicable de ses symptômes — son médecin ne savait pas à quoi ils étaient dus —, la patiente souligne combien elle se heurtait à l'incompréhension de sa mère qui "ne la prenait pas au sérieux" et trouvait cette maladie "bizarre", du moment que sa fille mangeait bien et dormait bien. De sa mère, qu'elle a toujours dû ménager, A.B. a le sentiment de

s'être éloignée. D'ailleurs, dans la famille, "elle n'aime que son père".

A vingt ans, elle s'est mariée "par réaction contre sa mère" avec le premier homme qu'elle a rencontré. Les débuts du mariage ont été une période assez calme : les crises d'urticaire se sont espacées (quatre à cinq "grandes crises" par année). Mais au bout de quelques années, une mésentente grandissante est survenue entre les époux, avec une recrudescence des crises d'urticaire chez notre patiente. Ces symptômes apparaissaient notamment après les rapports sexuels auxquels elle ne prenait, dit-elle, aucun plaisir, ce qui avait amené son mari à lui dire "qu'il devait éviter de la toucher, car elle faisait des crises (d'urticaire)". A.B. a, peu à peu, développé un sentiment de peur à l'égard de son mari qui était violent avec elle; au bout de six ans de mariage, elle a demandé le divorce. Elle a été, à cette époque, très déprimée et elle fut soignée pendant un an par un psychiatre qui lui a prescrit un traitement médicamenteux. A cette époque également, les crises d'urticaire sont devenues moins fréquentes. Progressivement, A.B. s'est "sortie de sa dépression" par le travail, en prenant des cours du soir afin d'améliorer ses connaissances professionnelles. De secrétaire, elle est devenue secrétaire de direction. Elle a eu, depuis son divorce, une liaison avec un homme marié, dont elle est encore très amoureuse. Elle aurait souhaité avoir des relations sexuelles régulières avec son ami, mais elle a dû y renoncer, car "chaque fois qu'il vient chez elle, il en est malade, sa maladie (une maladie du dos dont elle ne peut parler de façon plus précise) s'aggrave, il en a pour plusieurs jours à se remettre". Par ailleurs, elle le décrit comme un homme très sportif qui fait de la voile, de la natation, du karaté. Mais ce qui la gêne le plus, dans cette liaison "clandestine", c'est le fait que son ami est marié, et qu'elle "n'a pas le droit de détruire un couple".

Actuellement, elle a envie de renoncer à chercher un ami, car tous les hommes qu'elle rencontre, et auxquels elle plaît — ils ne sont pas rares, parmi ses collègues, ses patrons et les maris de ses amies — sont mariés. Sa solitude lui pèse. Il lui arrive

souvent de commencer son week-end en s'attardant à son bureau le vendredi soir pour que "la soirée ne soit pas trop longue". Elle décline parfois des invitations, éprouvant un grand malaise à être seule, alors que ses amis sont accompagnés. Et si elle danse avec les hommes, elle s'attire la jalousie de leurs femmes. Elle a rencontré une fois un ingénieur — célibataire — qui était très amoureux d'elle et l'a demandée en mariage; mais elle l'a repoussé, car il s'était montré trop empressé.

A.B. a le sentiment "d'avoir pris les hommes en grippe". Le seul homme qu'elle voit avec plaisir est son père : "quand je peux être seule avec lui, c'est parfait". Elle constate que sa vie n'est pas très gaie, mais elle ne voit pour l'instant d'autre solution à ses problèmes que la résignation. Peut-être ira-t-elle vivre dans une autre ville ? Son urticaire, en ce moment, ne la dérange guère; simplement, elle est parfois obligée de rester chez elle quand ses chevilles sont trop enflées ou quand la bouffissure de ses paupières ne lui permet pas d'ouvrir les yeux.

COMMENTAIRE

C'est dans un monde fantasmatique de séduction permanente que vit cette patiente. Son attrait est irrésistible, son désir est dangereux : elle "sème" la séduction partout où elle passe et laisse derrière elle des couples désunis. Un désir aussi violent et aussi coupable ne peut qu'être refoulé : elle n'a pas envie de séduire les hommes; elle les a "pris en grippe". D'ailleurs, elle est frigide, et, de plus, elle a des poussées d'urticaire quand son mari la "touche". A.B. apporte son urticaire comme une hystérique son symptôme. Son urticaire au nom de laquelle elle ne peut se laisser approcher par les hommes ni ne peut les toucher; car le contact (sexuel) avec les hommes rend malade — excite sa peau — et son excitation rend l'homme malade à son tour. Elle renonce à une sexualité si dangereuse qui, en détruisant un couple, détruirait l'image d'un père idéalisé, image fascinante et excitante, qui la séduit.

HISTOIRE

Depuis quatre mois C.D. souffre d'une urticaire des membres et du tronc; les symptômes se déclarent le matin et sont accompagnés de prurit. Avant cette période, il a présenté quelques discrètes lésions d'urticaire, en été seulement, alors qu'il était en vacances dans sa famille.

Ce mécanicien de trente-huit ans, originaire de Calabre, est issu d'une famille pauvre et nombreuse; il est le cinquième d'une fratrie de sept enfants. Le père, marchand de poissons, s'occupait peu de l'éducation de ses enfants qui étaient élevés par la mère ainsi que par de nombreuses grands-mères et tantes. De l'ambiance familiale, il conserve le souvenir très vivant d'une atmosphère de cris, de bagarres et de menaces constantes, tant étaient fréquentes les querelles entre ses parents : "Ma mère, personne ne la comprenait. Elle était assez fière, elle faisait presque le chef de famille. Mon père, c'est pas qu'il s'en foutait, mais il avait l'idée d'aller chercher des femmes dans d'autres pays. Il disait des mensonges à ma mère. Ma mère le savait. Elle réagissait avec de la bagarre, ça criait. Elle nous envoyait chercher mon père, avec mon frère. Elle était toujours de mauvaise humeur, elle donnait des claques."

C.D. a été un jeune homme "triste de naissance", timide, mal à l'aise dans la foule, rougissant et n'osant pas aborder les filles. Il apprend le métier de mécanicien en Italie, puis il voyage pendant plusieurs années en France et en Angleterre, ne restant jamais bien longtemps au même endroit, aimant bien ce genre de vie nomade. A vingt-trois ans il vient en Suisse où il se plaît, mais à trente ans, alors qu'il projetait de partir au Canada, il se marie avec une Calabraise dont il aura deux filles, âgées actuellement de cinq ans et deux ans et demi. Sa femme est "peu instruite". Elle ne sait pas lire. "Elle n'est pas douce, elle explose

facilement”, crie beaucoup, lui fait constamment des reproches. Elle est jalouse. “A la maison, ça crie toujours.”

A trente-cinq ans, C.D. est soigné par un psychiatre pour un état dépressif, avec une asthénie remontant à plusieurs années et des troubles du sommeil importants. Très anxieux, C.D. occupe ses insomnies à se faire du souci, à repenser à tout ce qui ne va pas ou pourrait ne pas aller, à ce qu’il a fait ou dit et à ce qu’il aurait dû dire à la maison ou au travail. Extrêmement scrupuleux, honnête et exigeant envers lui-même, ne se permettant que rarement de faire des reproches aux autres, il se fait grief des rares fois où il a élevé la voix ou donné une gifle à sa femme ou à ses filles... Il a peur de certaines situations : d’être dans un ascenseur qui pourrait tomber en panne, ou de voir un accident ou un mort. Il craint de ne pas supporter la vue d’un tel spectacle et de s’évanouir. Dix ans auparavant, sa mère a eu un ictus et est restée hémiplegique. Il se souvient d’en avoir éprouvé un grand choc.

Au mois d’octobre, — le patient a trente-sept ans —, sa mère décède après être restée alitée pendant onze ans. Cet événement réveille en lui de nombreux remords : il est arrivé trop tard en Italie — on ne l’a pas prévenu à temps —, sa mère allait être entermée et il a “à peine pu voir son visage”. Il n’a pas fait tout ce qu’il fallait faire pour la sauver. Il ne l’a pas crue lorsqu’elle lui disait que ses fils lui volaient son argent (sur sa pension mensuelle son fils aîné prélevait chaque mois vingt mille lires). Et à l’hôpital, alors qu’elle était au plus mal, ses fils lui ont volé les économies qu’elle avait dans le tiroir de sa table de chevet. Il se sent responsable des mauvais agissements de ses frères. Il se reproche d’avoir souhaité que sa mère meure, alors qu’elle était alitée et souffrante et qu’elle rendait la vie difficile à sa fille et à son mari qui souffre d’artériosclérose cérébrale. En évoquant la maladie de son père, le patient exprime — comme au sujet de sa mère — le souhait de le voir mourir plutôt que de mener une existence aussi misérable.

Peu à peu, C.D. se déprime à nouveau et perd son sommeil.

La mort de deux collègues de travail, survenue le quinze août et le quinze décembre, l'incite à penser qu'à son tour il mourra un quinze du mois, et ceci quatre mois plus tard, soit le quinze avril de l'année suivante. Peut-être mourra-t-il du coeur, comme son beau-père (qui est mort brusquement un jour où le patient et sa femme s'étaient violemment disputés en sa présence).

Au mois de janvier de cette année-là, une poussée d'urticaire vient confirmer ses craintes : voilà la maladie qui le fera mourir. Il se sent perdu; peut-être est-il contagieux; il n'ose toucher sa femme ni ses filles, de peur qu'elles ne tombent malades à leur tour. Dans un rêve, il est au chevet de sa mère malade — il sait pourtant bien qu'elle est morte —; elle a un air inquiétant. Sa mère cherche à l'attirer auprès d'elle. Il a peur et tente de se dégager; elle parvient tout de même à le toucher du doigt, sur l'avant-bras. Au réveil, il a une poussée d'urticaire sur son bras. L'urticaire apparaît le matin, disparaît dans la journée, réapparaît le lendemain matin; son intensité varie selon l'état de tension du patient. Son médecin, après avoir traité aux antibiotiques un foyer de sinusite chronique, lui propose de l'hospitaliser pour qu'il subisse des examens plus complets. C.D. y sera admis le 26 avril, en pensant qu'il n'en sortira pas vivant. A la vue d'autres malades "dermatologiques", plus atteints dans leur peau que lui, il s'est dit qu'il était encore plus malade qu'il ne le croyait. Si jamais on lui fait une injection, son coeur "lâchera". Et s'il mourait, sa femme apprendrait qu'il ne lui donne pas la totalité de son salaire chaque mois. C'est ainsi que chaque matin, à l'heure où des injections sous-cutanées d'allergènes devaient être pratiquées, C.D. a présenté une poussée d'urticaire rendant impossible la réalisation du test. Ainsi, il évitait la mort, mais prolongeait son agonie.

Il en a beaucoup voulu à sa femme de ne pas s'être inquiétée plus de son état de santé. Elle est rarement venue le voir à l'hôpital parce qu'ils étaient "en bagarre". Mais il n'a pas osé lui faire de reproches. Elle crie tout le temps, est agressive; lui, n'ose rien dire, et fait de l'urticaire.

COMMENTAIRE

Chez ce patient phobico-obsessionnel, l'urticaire est vécue comme la concrétisation des craintes et la réalisation des menaces que la mort de sa mère a réveillées. La perte de sa mère réactive son ambivalence vis-à-vis d'elle; l'amour maternel est ressenti comme un allergène — comme le suggère la rêve de sa mère malade le touchant du doigt. Les associations du patient sur l'urticaire sont : cris, bagarres, maladie mortelle. L'urticaire est la mise en forme — mise en scène corporelle — des conflits qui ont opposé son père et sa mère (et qui l'ont opposé à son père et à sa mère) et qui ont conduit celle-ci à la mort. C.D. est tantôt sa mère trompée, irritée, hurlante, mourante, qui rend son mari malade; tantôt son père qui trompe sa femme, la délaisse, ne lui donne pas tout son argent : une grande confusion, fascinante et érotisée, un jeu de mort, dans lequel il se maintient en jouant avec son symptôme : son urticaire empêche ses médecins de découvrir la cause de son mal.

Le patient est fasciné par la peur de mourir; son urticaire est là, menaçante. Tout occupé à sa peur qui le paralyse, il ne peut se laisser aller au chagrin ni à la colère d'avoir perdu sa mère; elle n'est pas morte, elle se bat avec son père à l'intérieur de lui. L'urticaire, qui va le faire mourir, le protège de ce malheur encore plus grand que la mort : celui d'avoir perdu sa mère.

PSYCHOSOMATIQUE

HISTOIRE

E.F. est une jeune femme de vingt-cinq ans, en psychothérapie depuis un an. Ce traitement a été entrepris à la suite d'un épisode

dépressif qualifié de dépression névrotique sur une structure hystérique avec traits abandonniques.

La patiente est issue d'un milieu ouvrier. Elle a, dès l'enfance, souffert de crises d'asthme, de même que sa soeur plus jeune qu'elle de sept ans. La mère a eu à l'égard de ses filles une attitude hyperprotectrice et interdictrice. A l'âge de quatre ans, E.F. a été hospitalisée pendant plusieurs mois pour la correction chirurgicale d'une luxation congénitale de la hanche. Les souvenirs d'enfance sont teintés de l'atmosphère de mésentente qui régnait entre les parents. Les querelles étaient fréquentes, et la patiente se sentait obligée de prendre parti pour l'un de ses parents contre l'autre. A l'adolescence, elle s'est surtout heurtée aux interdictions de sa mère qui craignait son émancipation sexuelle. Elle se désintéresse de ses études secondaires et commence un apprentissage de commerce — qu'elle ne terminera d'ailleurs pas — dans l'espoir d'être plus rapidement indépendante.

Sa première relation sentimentale, à dix-neuf ans, est platonique. E.F. rencontre pendant les vacances d'été un garçon de son âge dont elle est très amoureuse, mais elle refuse d'avoir des relations sexuelles, car elle redoute d'en avoir. Son ami lui envoie bientôt une lettre de rupture qui la laisse dans un état de désarroi total. Sitôt après, elle rencontre son futur mari qui fait un apprentissage de commerce comme elle. Elle l'épouse plus par peur d'être seule que par amour. Le couple a des difficultés sexuelles : elle est frigide et craint les rapports sexuels, il est éjaculateur précoce. Le mari se fait traiter pour son problème sexuel et la patiente se considère bientôt comme la malade du couple. Dès lors, elle est, par périodes, dépressive. A deux reprises, elle est hospitalisée en milieu psychiatrique, puis dans un hôpital de jour. Pendant tout ce temps, c'est-à-dire trois ans, la relation avec son mari se détériore progressivement.

Au début de la psychothérapie, elle n'a plus eu de rapports sexuels — qu'elle refuse — depuis six mois. Elle souhaiterait divorcer, mais n'ose pas le faire par crainte d'être abandonnée. Elle a repris son travail de teneur de comptes dans une caisse de

retraite.

QUELQUES SEQUENCES DE SON TRAITEMENT

Au début du traitement, elle situe son “problème” ainsi : “Je ne supporte pas que mon mari me touche”. Elle a honte de se montrer nue devant lui — elle sait bien qu’elle est jolie et bien faite —; elle évite de se laisser aller au moindre geste tendre qui pourrait exciter son mari (et l’exciter elle-même). Elle aimerait bien se séparer de lui, car elle n’en est plus amoureuse (l’amoureux de ses rêveries est un prince charmant de conte de fées). Mais elle a peur “de craquer”. Son sentiment d’insécurité se traduit par un besoin de faire des économies. C’est ainsi qu’elle déménage (à grands frais) pour aller vivre avec son mari dans un tout petit studio, comme poussée par une excitation qu’elle a de plus en plus de peine à contenir. Elle refuse toujours les relations sexuelles, bien qu’elle en ait envie, “mais pas avec son mari”. Elle est constipée, souffre de ballonnements, elle se sent “sale, mal dans sa peau, intouchable”, elle a des pertes blanches qui la dégoûtent. Le sang la dégoûte, la viande aussi; si elle en mange trop, elle a la nausée, elle a des fantasmes d’animaux et de cadavres. Elle a un sentiment de vide intérieur. Pour calmer ses angoisses, elle s’achète des objets qu’elle déprécie aussitôt : elle ne les aime plus, ils sont inutiles. Ou elle devient boulimique au point de prendre plusieurs kilos en quelques jours. Elle a des crises d’asthme qu’elle aggrave en fumant. Elle a peur de devoir retourner dans une clinique psychiatrique, comme si elle devait déménager à nouveau.

Deux mois plus tard, à Nouvel-An, elle parvient à faire l’amour avec son mari. Elle en est très heureuse, mais est rapidement déçue de voir que son mari n’est pas plus gentil avec elle, du moment qu’elle a bien voulu coucher avec lui. Elle provoque une scène de ménage au cours de laquelle son mari la bat et la met à la porte. Contente d’avoir des ecchymoses pour pouvoir partir

plus facilement, elle demande le divorce et déménage une nouvelle fois.

Elle parvient à vivre seule quelques semaines, non sans angoisse. Elle trouve rapidement un ami, avec qui elle éprouve enfin le sentiment d'être une femme normale lorsqu'elle fait l'amour. Elle n'est plus constipée, ne prend plus de tranquillisants. Mais elle découvre bientôt que son ami a des dettes et boit; elle devient alors boulimique. Pour faire des économies, elle décide de ne venir me voir qu'une fois par semaine, au lieu de deux. Le jeudi, jour où la séance a été supprimée, elle a une poussée d'urticaire sur tout le corps : "Heureusement que je ne suis pas venue, car vous penseriez que je l'aurais fait exprès." Le jeudi suivant, elle me téléphone pour me demander ce qu'il faut faire car elle n'arrive plus à contrôler sa boulimie. Elle quitte son ami parce qu'il boit et, paniquée à l'idée de manquer d'argent ("quand je n'ai plus d'appui sur le plan affectif, je le cherche sur le plan matériel"), elle travaille la nuit comme entraîneuse : se faire payer pour faire boire les hommes. Elle renonce bientôt à son gagne-pain, ayant honte d'elle-même : "Je me serais craché dessus." Elle installe son nouvel intérieur, mais est gênée d'avoir de plus beaux meubles que sa mère. Elle n'ose pas l'inviter chez elle (elle a peint son salon en rouge et rose indien, et sa mère penserait que c'est un bordel). Elle rapporte le rêve suivant : Sa mère, qui lui a volé sa clef, vient chez elle en son absence, lui prend son petit chien et le vend. Dans un cauchemar, elle rêve qu'elle a perdu ses dents dans la bouche et qu'elle les mâche. Comme si elle était punie du désir de manger.

COMMENTAIRE

Avec une identification surmoïque à une mère déprimée et interdictrice et une sexualité grossièrement refoulée, telle se présente E.F. au début de son traitement. L'inhibition sexuelle, variable, masque une excitation constante, un désir de chair que

la patiente aime trop et qu'elle dénigre; elle prend un plaisir intense à se faire souffrir, dans une culpabilité non moins intense. Elle monnaie sa sexualité, parce qu'en elle il n'y a rien de bon qu'elle ne puisse donner. Tout ce qu'elle reçoit, comme tout ce qu'elle donne, elle le "fécalise": objets devenus inutiles, nourriture qui la rend malade, argent qu'elle ne gagne pas assez ou qu'elle dépense trop. Elle fait l'entraîneuse: elle fait dépenser cet argent qu'elle désire par besoin de le perdre. Par culpabilité d'être entraînée, elle joue à l'entraînée. Son mari l'a épousée pour obtenir la nationalité suisse; son ami boit et a des dettes. Entraîneuse/entraînée, univers sadomasochiste, monde de profits et de pertes (elle est teneur de comptes), monde opératoire.

La réponse aux conflits provoqués par le sentiment de perte ou d'abandon se manifeste par des symptômes somatiques ainsi que par des passages à l'acte tels les déménagements. Les émois sont concrétisés par un symptôme corporel: la constipation (elle garde ses richesses pour elle, par peur de se détruire et d'être détruite par son mari qu'elle refuse), la boulimie, la prise de poids, l'asthme, l'urticaire (deux séances par semaine l'étouffent, mais avec une séance par semaine elle se sent dépossédée). Chaque fois qu'il y a perte, son corps "gonfle", retient, règle le débit de nourriture sans jamais parvenir à assouvir ses besoins (contrôle anal d'une fixation orale): l'avidité détruit tout. Il n'y a plus d'émotions, il y a des changements corporels: difficultés respiratoires, enflures, constipation, prise de poids excessive.

Parfois, entre deux déménagements, entre deux symptômes somatiques, E.F. exprime des affects dépressifs: sa tristesse, son vide intérieur, sa peur, son sentiment d'être mauvaise et de détruire tout ce qu'elle touche, sa solitude, sa difficulté à me parler de ses angoisses au sujet de l'argent: "Vous parler de mes angoisses, c'est comme vous demander de l'argent." Mais pour éviter l'angoisse insupportable de se sentir démunie (d'être femme, c'est-à-dire passive et abandonnée), un nouveau désordre somatique est bientôt là, qui occupe le devant de la scène.

HISTOIRE

Laetitia R. a consulté la polyclinique de médecine pour asthénie, oscillations du poids, érythèmes fugaces, oedèmes et raideur des mains et des chevilles. Elle se sent parfois bizarre, a le sentiment d'une double personnalité; elle s'inquiète étant donné qu'il lui arrive de commenter un geste au moment où elle l'accomplit. Par exemple, pendant qu'elle mange : "je prends la cuiller et je mange." Au travail, elle n'arrive plus à se concentrer, a de la peine à lire, a souvent comme un voile devant les yeux. Parfois elle voit les personnes ou les objets autour d'elle très petits. Elle se demande si elle n'a pas une maladie mentale. Elle doit "lutter pour tenir le coup", elle doit constamment se dire que tout ira bien, qu'il ne faut pas être triste. Quant aux symptômes somatiques, elle pense qu'ils sont liés à son état psychique.

Agée de vingt et un ans, Laetitia est issue d'un milieu modeste d'un village de la région vénitienne. Elle est la dernière de quatre enfants. Son père, qui était ouvrier, est décédé à trente-sept ans de silicose et de tuberculose. La patiente avait alors deux ans. La mère ne s'est pas remariée. Elle aurait présenté pendant douze ans des réactions dépressives annuelles d'une durée d'un mois environ, au moment de l'anniversaire du décès de son mari. Par ailleurs, elle serait une personne dynamique, aimant la gaieté et les fêtes; elle se plaint encore maintenant que ses enfants ne sortent pas assez avec elle. Depuis qu'elle était toute petite, Laetitia "s'est sentie fautive vis-à-vis de sa mère"; cependant, elle se décrit comme une enfant heureuse et gaie. Elle fait remonter l'apparition de ses troubles actuels à la puberté. Dès cette époque, "elle a eu des problèmes avec sa peau". Adolescente, elle rougissait facilement et avait peur de rougir. De ce fait, elle a évité les contacts avec les garçons, ce qui l'a beaucoup gênée, car elle aimait bien sortir. A vingt ans, elle a eu ses premières relations

sexuelles, qu'elle a vécues comme un échec. Elle n'en a plus eu depuis. La patiente souffre d'érythèmes fugaces et d'enflures d'allure urticarienne des chevilles et des poignets, qui entraînent une diminution de la motilité articulaire. Les symptômes ont une prédominance matinale. Ces "raideurs" rendent parfois sa marche douloureuse, l'empêchent de taper à la machine (elle est secrétaire). Elle a remarqué récemment une période exempte de symptômes; c'était la semaine du Carnaval où elle est allée toutes les nuits au bal masqué avec sa mère.

COMMENTAIRE

Cette patiente, qui présente des traits névrotiques polymorphes ainsi qu'une angoisse parfois intense accompagnée d'épisodes de déréalisation, est déprimée. Investie — conçue — par sa mère comme défense contre sa tristesse (la patiente se souvient d'avoir été une enfant gaie et heureuse et elle ressent encore maintenant la tristesse comme quelque chose de très dangereux et de mauvais qui ne devrait pas exister; elle porte le prénom de Laetitia, prénom choisi alors que son père était déjà condamné par la maladie), elle s'est sentie responsable de la mort de son père, ce qu'elle exprime par le sentiment "d'avoir commis quelque chose qui est plus qu'un crime". Elle en veut, dit-elle, à sa mère de devoir remplacer son père (ce qu'elle fait en accompagnant sa mère au bal) alors qu'elle a envie de s'amuser avec des jeunes gens et des jeunes filles de son âge. Sa mère l'empêche de s'amuser. Mais les rougeurs de sa peau — à la mesure de son excitation : elle aime beaucoup aller danser — l'empêchent de prendre du plaisir avec les garçons de son âge. Son plaisir, elle le réalise masochiquement et "homosexuellement" en satisfaisant les exigences d'une mère qu'elle a dépossédée de son mari — père idéal. Son corps, alors libéré de tout symptôme paralysant ou honteux, n'est plus une entrave au plaisir, il est à son service.

A d'autres moments, les symptômes fonctionnels de la peau protègent (plus ou moins efficacement) Laetitia de ses désirs dangereux et maintiennent en elle l'image d'un père idéalisé.

DEBILE

HISTOIRE

G.H. a été adressé au Centre Psycho-social par un médecin de la polyclinique de Dermatologie pour une urticaire sans cause organique décelable, apparue il y a trois mois. G.H. est âgé de vingt ans; son frère E., âgé de seize ans, présente comme lui un retard du développement tant physique qu'intellectuel.

Le milieu familial de G.H. est particulièrement déficient, avec un père alcoolique, fruste, et une mère elle-même peu intelligente et très anxieuse. Elle souffre d'un eczéma depuis sa première grossesse; son mari a fait un infarctus du myocarde il y a quelques mois. Le développement psychomoteur de l'enfant, après une grossesse et un accouchement sans grandes difficultés, a été marqué par un retard important. L'enfant s'est assis à un an et demi, il a fait ses premiers pas à deux ans. Il a présenté une énurésie nocturne jusqu'à l'âge de sept ans. Le langage s'est développé entre deux et quatre ans, mais des troubles de l'articulation ont persisté. A l'occasion d'un séjour dans le Service de Pédiatrie pour investigation du retard staturo-pondéral de l'enfant, on note la présence d'un eczéma lichénifié sur la fesse droite. Dès son plus jeune âge, il a été placé dans différents foyers et a suivi plusieurs classes spéciales en raison du manque de soins de la part de ses parents, de sa nervosité, de ses tendances cleptomaniques, de ses difficultés scolaires qui à dix-huit ans en font un débile moyen dont l'âge mental est celui d'un enfant de six ans.

Au début de cette année, G.H. a vingt ans. N'ayant plus leur fils sous tutelle, ses parents décident de le reprendre chez eux. G. travaille dans un atelier protégé et, pour la première

fois depuis de nombreuses années, il vit avec ses parents. Au mois d'avril, la veille des vacances de Pâques, il présente une poussée d'urticaire. Les lésions durent un jour ou deux, disparaissent pour réapparaître ailleurs, sur tout le corps. Elles sont légèrement prurigineuses.

G.H. est amené à la consultation par ses parents. C'est un garçon à qui l'on donnerait douze ans. Souriant, s'exprimant d'une manière infantile, il donne l'impression de faire le niais. Il a, sur le thorax et les cuisses, quelques placards d'urticaire et aux genoux, deux lésions psoriasiformes.

Voici quelques fragments de l'entretien avec G. et ses parents :

G.H. "Le matin j'avais pas, le soir j'avais."

Le père "C'est bien ce qu'on avait dit, on aurait fait un projet, on n'aurait pas pu partir, vu qu'il y avait ça. Supposition qu'on soit été invités chez des gens, avec un gosse comme ça, on peut pas partir." (...)
"Il s'amuse avec les voitures, dis-le, il faut pas avoir peur de le dire."

G.H. "Avec l'électricité, je fabrique."

Le père "C'est dommage que tu as pas eu plus de volonté pour qu'il puisse se lancer dans l'électricité par exemple. Est-ce qu'il serait sûr de confectionner des parties électriques qui soient valables ou de prendre toujours n'importe quelle pièce pour faire un jeu ?" (...)

Moi, à G. "Tu as des camarades ?"

La mère "Il s'est toujours bagarré avec."

G. "A midi, on a mangé du poisson, avec des pommes de terre et de la salade."

La mère "Il a jamais fait ça (l'urticaire) avant. On a fait tous les essais, on a supprimé le beurre, le pain, les fruits, tout. Ça faisait la même chose (...) Il a une sale tronche." (...)

- Le père "Des fois, un changement de climat, ça va donner le tour."
- G. "Après je reviens à Genève, ça va revenir."
- La mère "Tu en as partout, par la figure. T'es pas beau."
- G. "Si, j'suis beau."
- La mère "On sait pas d'où ça vient. On l'a privé de tout. (...) Pourquoi ça revient. Il l'a pas dans le sang, ils ont fait tous les examens. C'est simplement sur la peau. Ça lui provoque comme si vous avez été vous rouler dans un machin d'orties, vous savez. C'est quand même pas normal, et puis demain il y aura plus rien.
(...)
Il sait bien qu'avec moi il faut quand même qu'il barde, il m'aura pas toujours éternellement. Ça, ce problème-là, est-ce qu'il le sait ? On le lui a dit, ils nous ont dit qu'il avait l'âge de comprendre. Le soir, il arrive à six heures, il faudra le remettre dans un foyer automatiquement. Se déplacer, il sait, mais savoir la valeur de l'argent, faire ses paiements..."
- G. triste, d'une voix aiguë, comme celle de sa mère*
"Je retourne dans un foyer."
- La mère "Je ne sais pas si c'est ça, comment on dit... Sur le plan psychose qui le ronge un peu intérieurement, ça peut lui provoquer ça. Vous savez il dit ça, mais il dit toujours : je veux pas retourner dans un foyer. C'est ce qu'on lui fait comprendre. On sait jamais, je peux sortir ou bien même en descendant de l'ascenseur on peut se faire assommer ou se casser la figure en bas les escaliers. Ou dans la nuit il (le père) peut arrêter de souffler. Il peut sortir du boulot, tomber raide mort, ça va vite avec le coeur; il peut se faire attrapper par une voiture. Il faudra qu'il pense quand même qu'il pourra pas rester à la maison, son frère

sera méchant, il sera obligé d'être dehors; c'est pas la grand-mère qui va s'en occuper. Vous savez je peux m'arrêter cette nuit; des fois quand je vais au lit j'ai l'impression que j'étouffe. J'ai trop de soucis. Je me dis toujours : qu'est-ce qu'il deviendra, qu'est-ce qu'il va faire. (...)

On voit ces jeunes qui n'ont pas de boulot et qui sont toujours à la charge des parents. Parce que pour lui on en a payé, depuis tout petit. Tout cet argent on l'aurait, on serait quand même bien. (...)

Je ne comprends pas d'où c'est venu. Quand il est né il est venu normal. Il y a eu du retard dans le causer, le marcher. On avait l'impression que je le retenais, vous savez, l'appréhension, j'avais peur qu'il tombe, qu'il allait s'assommer quelque part. (...)

Il faudra bien réfléchir. J'ai toujours dit, faut pas rigoler, tu as un âge que tu dois comprendre, t'es un adulte, tu dois te mettre dans la tête que faut pas toujours penser qu'à t'amuser. Je cherche bien à lui faire comprendre mais vous savez, vous lui parlez de ça, il vous parlera de la maison en face, il tourne le char. (...)"

Le père "Faudra changer ta demoiselle de cours parce que ça ne va pas. Trente francs de l'heure, quinze francs de volés. Au début elle donnait des devoirs à la maison, maintenant plus."

La mère "A ton âge, compter la valeur de l'argent..."

G. "C'était bien avec elle."

La mère "Admettons qu'on me dise qu'il sera jamais comme quelqu'un de normal, mais ça m'étonne. Il faut pas t'amuser avec ta maîtresse, ça sert à rien. (...)

Il a eu vingt ans au mois de janvier. On l'a repris, on se dit qu'il devrait apprendre à se débrouiller seul. On nous a dit que quand il aura vingt ans il aura sa

déclaration d'impôts personnelle. (...)

Il a commencé avec ça (il a volé un porte-monnaie), il peut continuer. Il vit avec nous, on est responsable des conneries qu'il fait."

Le père "On doit le traîner derrière nous, on l'a voulu, on le supporte. (...)

La mère " (...) Que j'aie une garantie derrière. Pour que quand il arrivera quelque chose il soit en de bonnes mains. Il faut penser qu'il y en ait quand même un (des enfants) qui soit potable, qui fasse la moindre."

COMMENTAIRE

G. a atteint sa majorité et ses parents attendent de lui qu'il se comporte en adulte. Cependant il continue à faire l'enfant — il ne joue pas le rôle qu'on lui a attribué —, ce qui aggrave les angoisses de la mère et les préoccupations du père. La famille entière vit dans une atmosphère de mort : fantasmes, chez la mère, de sa propre mort et de celle de son mari, fantasmes chez l'enfant de la perte de ses parents et de son institutrice. L'enfant tombe malade : avec un enfant qui fait de l'urticaire, on ne peut pas faire ce qu'on veut — partir en vacances, être tranquilles. Avec un enfant qui est voleur, qui ne sait pas compter l'argent ni les heures, on est inquiet; peut-être vaudrait-il mieux s'en séparer. Avec des parents qui menacent leur enfant d'abandon, on ne peut que crier sa détresse, être malade — une maladie qui se voit : "Après, je reviens à Genève, ça (l'urticaire) va revenir."

L'enfant souffre d'urticaire : enfin une marque de souffrance reconnue comme telle par les parents : "Il n'a jamais fait ça avant."

Enfant urticarien, enfant-symptôme de la souffrance de ses parents, de leur sentiment d'impuissance et d'échec, de leur crainte d'être abandonnés, de leur besoin d'être — comme leur enfant et avec lui — portés, entendus, soutenus.

CONCLUSION

Ces patients traitent une partie de leur corps — leur peau — comme “on traite d’ordinaire le corps d’un objet sexuel” (9). Sur- ou contre-investissements (plus ou moins narcissiques) de la peau, érotisation, jeux — de vie ou de mort — avec les symptômes au gré de la complaisance — de l’érogénéité — de ce corps, corps animé, vivant, souffrant et non pas impassible, plein de “ces mouvements intérieurs que l’on appelle les sentiments” (10).

Dans ce contexte le symptôme somatique, considéré parfois comme le signe d’une faille, d’une rupture dans le fonctionnement psychique de l’individu (excitation incontrôlée résultant de la mise en échec de l’expression symbolique, c’est-à-dire des processus secondaires de pensée), se révèle aussi comme la marque — plus ou moins douloureuse et bénéfique — d’une continuité, d’une unité dans le mode d’être de l’individu. Le symptôme n’apparaît plus alors comme un corps étranger — dépourvu de sens — dont il faut se débarrasser à tout prix, à son corps défendant. Porteur d’un sens — à retrouver — il peut aussi être intégré au corps, compris.

* *

*

BIBLIOGRAPHIE

BAUDRILLARD, Jean :

L'échange symbolique et la mort, Paris, Gallimard, 1976.

EHRENZWEIG, Anton :

The hidden order of art, 1967. Traduction française : *L'ordre caché de l'art*, Paris, Gallimard, 1974.

ENGEL, George L. :

Psychological development in health and disease. W.B. Saunders Co, Philadelphia, 1962.

FLOURNOY, Olivier :

Du symptôme au discours, RFP No 5-6, 1968.

FREUD, Sigmund :

Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, 1893. En collaboration avec J. BREUER (*Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques*), in *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.

Aus den Anfängen der Psychoanalyse, 1887 - 1902, (*La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess*), Paris, PUF, 1956.

Die Traumdeutung, 1900 (*L'interprétation des rêves*), Paris, PUF, 1967 (nouvelle édition augmentée).

Bruchstück einer Hysterie-Analyse, 1905 (*Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora*), in *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1954.

Die Verdrängung, 1915 (*Le refoulement*), in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1952.

Hemmung, Symptom und Angst, 1926 (*Inhibition, symptôme et angoisse*), Paris, PUF, 1965 (nouvelle édition).

GRODDECK, Georg :

Das Buch vom Es, Psychoanalytische Briefe an eine Freundin. Wien, 1923. Traduction française : *Le livre du Ça*, Paris, Gallimard, 1973 (nouvelle édition).

Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik, Limes Verlag, Wiesbaden, 1966. Traduction française in *La Maladie, l'Art et le Symbole*, Paris, Gallimard, 1969.

Der Mensch als Symbol. Unmassgebliche Meinungen über Sprache und Kunst, 1933. Limes Verlag, Wiesbaden, 1971.

Hundertfünfzehn psychoanalytische Vorträge, gehalten im Sanatorium Groddeck, 16.8.1916 - 2.4.1919. A paraître en français aux éditions Champ Libre, Paris.

Der Mensch und sein Es. Limes Verlag, 1970. Correspondance avec Freud. Traduction française : *Ca et moi*, Paris, Gallimard, 1977.

GROTJAHN, Martin :

The voice of the symbol, Mara Books Incorporated, Los Angeles, 1971.

HAYNAL, André :

Le sens du désespoir. La problématique de la dépression dans la théorie psychanalytique. RFP 1-2, 1977.

KLEIN, Mélanie :

Envy and gratitude, 1957. Traduction française : *Envie et gratitude*, Paris, Gallimard, 1968.

LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.B. :

Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, 1967.

LECLAIRE, Serge :

Psychanalyser. Paris. Editions du Seuil, 1968.

LEWINTER, Roger :

Groddeck et le Royaume Millénaire de Jérôme Bosch. Paris, Editions Champ Libre, 1974.

MAC DOUGALL, Joyce :

Le corps en psychanalyse, conférence du 22.2.1977 à la polyclinique de psychiatrie, Lausanne. Inédit.

MILNER, Marion :

The hands of the living God, 1969. Traduction française : *Les mains du Dieu vivant*, Paris, Gallimard, 1974.

DE M'UZAN, Michel :

De l'art à la mort, Paris, Gallimard, 1977.

ROSOLATO, Guy :

Essais sur le symbolisme, Paris, Gallimard, 1969.

SCHILDER, Paul :

The image and appearance of the human body, International University Press Inc., 1950. Traduction française : *L'image du corps*, Paris, Gallimard, 1968.

SCHMALE, A.H. :

Giving up as a final common pathway to changes in health, in Lipowski, Z.J. (edit.), *Psychosomatal aspects of physical illness*. Abs. Psychosom. Med., 8, 1972.

SCHUR, Max :

Freud : living and dying, 1972. Traduction française : *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard, 1975.

SPERLING, Melitta :

Food allergies and conversion hysteria. *Psa. Quart.* XXII, 1953.

WINNICOTT, D.W. :

Playing and reality, 1971. Traduction française : *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

* *
*

NOTES

1. SCHUR, Max : *Comments on the metapsychology of somatization*, in *The psychoanalytic study of the child*, International University Press, New-York, 1955.
2. MARTY, Pierre : *La relation objectale allergique*, R.F.P. No 1, 1958.
3. MARTY, Pierre : *Notes cliniques et hypothèses à propos de l'économie de l'allergie*, R.F.P. No 2, 1969.
4. ENGEL, G.L. et SCHMALE, A.H. : *Psychoanalytic theory of somatic disorder*. *Journal of the american psychoanalytic association*, vol. 15, No 2, 1967.
5. GRODDECK, Georg : *Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden (Détermination psychique et traitement psychanalytique des affections organiques)* 1917. Traduction française in *La Maladie, l'Art et le Symbole*, Paris, Gallimard, 1969.
6. GRODDECK, Georg : *Hundertfünfzehn psychanalytische Vorträge, gehalten im Sanatorium Groddeck, 16.8.1916 - 2.4.1919*. A paraître en français aux éditions Champ Libre, Paris.
7. GRODDECK, Georg : *Traumarbeit und Arbeit des organischen Symptoms (Travail du rêve et travail du symptôme organique)*, 1926. Traduction française in *La maladie, l'Art et le Symbole*, Paris, Gallimard, 1969.
8. HAYNAL, André : *Le sens du désespoir*, R.F.P., 1-2, 1977.
9. FREUD, Sigmund : *Zur Einführung des Narzissmus (Pour introduire le narcissisme)*, 1914. Traduction française in *La vie sexuelle*, Paris, P.U.F. 1969.
10. MILNER, Marion : *The hands of the living God* 1969. Traduction française : *Les mains du Dieu Vivant*, Paris, Gallimard, 1974.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
DIFFERENTES THEORIES PSYCHANALYTIQUES DU SYMPTOME SOMATIQUE	
MAX SCHUR : METAPSYCHOLOGIE DE LA SOMATISATION	3
PIERRE MARTY : ECONOMIE DE L'ALLERGIE	5
GEORG L. ENGEL : THEORIE PSYCHANALYTIQUE DU DESORDRE SOMATIQUE	7
GEORG GRODDECK : LE SYMPTOME ORGANIQUE, LANGAGE DU ÇA	9
CLINIQUE	
HYSTERIQUE	13
PHOBICO - OBSESSIONNEL	16
PSYCHOSOMATIQUE	19
BORDERLINE	24
DEBILE	26
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32

* *
*

COMPOSITION : SERGE QUELOZ

ACHEVE D'IMPRIMER
EN DUPLICATION OFFSET
PAPETERIE DE PLAINPALAIS
H. RIEDWEG
GENEVE (SUISSE)
FEVRIER 1978